

ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG  
NG  
ARBEITNEHMER  
Vertraulich  
Mutualia

VOM SOZIALVERSICHERTEN AUSZUFÜLLEN

Nachname und Vorname: .....

Erkennungsnummer des Nationalregisters: .....

Wohnortadresse (wenn von der offiziellen Adresse abweichend):

*Sozialversicherte müssen der Krankenkasse Änderungen ihres Wohnortes innerhalb von zwei Kalendertagen nach dieser Änderung mitteilen.*

Diese Bescheinigung betrifft:

: den Beginn dieser Arbeitsunfähigkeit

: eine Verlängerung dieser Arbeitsunfähigkeit

Berufliche Situation zum Zeitpunkt des Beginns der Arbeitsunfähigkeit:

: Arbeiter(in)  : Angestellte(r)  : Arbeitslosigkeit

(Derzeitiger) Beruf:

Sind Sie nebenberuflich selbständig?  NEIN  JA .....

Die Arbeitsunfähigkeit hängt zusammen mit:  einem Unfall  einer Berufskrankheit  einer anderen Krankheit

*Das Gesetz über den Schutz des Privatlebens (08.12.1992) räumt den Personen, die diese Informationen betreffen, ein Recht auf Auskunft und Berichtigung ein. Weitere Auskünfte zur Verarbeitung dieser Informationen können beim Ausschuss für den Schutz des Privatlebens erfragt werden.*

Auf der Grundlage meiner klinischen Untersuchung und der medizinischen Daten, über die ich am heutigen Tag verfüge, bescheinige ich, der unterzeichnete Doktor der Medizin, festgestellt zu haben, dass die genannte Person arbeitsunfähig ist vom .../.../... bis zum .../.../... (einschließlich)

Diagnose oder Symptomatik und/oder Funktionsstörungen:

*Berufliche oder soziale Probleme können erwähnt werden. Die Gesamtheit dieser Daten ermöglicht eine bessere Bewertung der Arbeitsunfähigkeit und eine angemessene Einbestellung der Person.*

ICPC-2

ICD-10

Fakultative Codierung der Hauptdiagnose:

oder

Der (Die) Betreffende wird ins Krankenhaus eingewiesen ab dem .../.../...

Im Fall einer Schwangerschaft voraussichtliches Datum der Entbindung: .../.../...

Der Vertrauensarzt kann mich unter der folgenden Telefonnummer oder E-Mail-Adresse kontaktieren:

Im Übrigen erfolgen vertrauliche medizinische Mitteilungen über gesicherte Anwendungen.

Identifizierung des Arztes mit LIKIV-Nummer

Datum und Unterschrift des Arztes

ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT: vom Arzt auszufüllen

Kommunikation  
Identifizierung des Arztes